Rok XXXIV. Kraków 10. Sierpnia 1895 r. Nr. 32.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 6
Telefonu Nr. 105.

Administracya:
Zakład fizyologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmuje:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku [illegible] [illegible],
[illegible]

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
[illegible] kosztuje 30 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O drobnoustrojach odry.

Podał
Dr. Józef Czajkowski,
lekarz szpitala Tow. sosnowickiego w Sosnowcu.

Odczyt w Tow. lek. krak. na posiedzeniu w dniu 19. Czerwca b. r.

W Nrze 21. *Gazety lekarskiej* z roku 1892. ogłosiłem wyniki swych poszukiwań nad drobnoustrojami we krwi i wydzielinie śluzowej nosa u osób chorych na odrę.

Praca moja podobnie jak praca P. C a n o n a i W. P i e l i c k e g o[1]), która wyprzedziła moją o parę tygodni, nie zwróciła na siebie należytej uwagi, chociaż może i słusznie, wszelkie bowiem drobnowidowe spostrzeżenia, nie poparte dowodami więcej, że tak się wyrażę, rzeczowymi, jakiemi są hodowla a względnie szczepienia czystych hodowli zwierzętom, pomimo woli wzbudzają sceptycyzm i niedowierzanie w czytelnikach, którzy dla jakich bądź powodów nie chcą lub nie mogą sprawdzić podawanych szczegółów.

Dzisiaj, po upływie czterech bez mała lat od chwili, gdy po raz pierwszy badałem drobnowidowo krew chorego na odrę i znalazłem w niej szczególnego wejrzenia drobnoustroje, staję przed Kolegami, by zdać sprawę ze swych poszukiwań w tym samym względzie i mam nadzieję, że znajdę tym razem posłuch, bo staję przed nimi nie ze słowami tylko, lecz uzbrojony owymi dowodami rzeczowymi, o jakich wspomniałem wyżej.

Nie potrzebuję chyba tłómaczyć, że przez cały ten czas skwapliwie korzystałem z każdego spostrzeganego przypadku odry, by zebrać kropelkę krwi do przeprowadzenia badań bakteryologicznych, o ile nie stawały temu na przeszkodzie obawa lub zbytnia czułostkowość osób dozorujących chorych.

Bądź co bądź jednak, udało mi się zbadać pod względem bakteryologicznym 56 przypadków odry, z których w 37 badania krwi drobnowidowe tylko, w pozostałych zaś 19 przypadkach przeprowadzałem hodowle drobnoustrojów we krwi spostrzeganych a jednocześnie szczepiłem zwierzętom czyste hodowle.

Zapewne, liczba zbadanych przeze mnie przypadków nie imponuje wielkością i gdyby nie okoliczność, że przypadki te odnoszą się do czterech epidemij (z lat 1892 do 1895. włącznie), nie miałyby te badania żadnej prawie siły przekonywającej.

Na tę okoliczność kładę tu szczególny nacisk, chcąc uprzedzić zarzut, że liczba spostrzeżeń jest zbyt małą, aby można z nich wysnuwać jakiekolwiekbądź wnioski natury ogólniejszej.

Zgodzą się bowiem zapewne ze mną Koledzy, że jeżeli dany drobnoustrój spotykamy we krwi chorych w danej chorobie zakaźnej w pierwszym lepszym spostrzeganym, przez nas przypadku w czasie kilku następujących po sobie epidemij, to aczkolwiek liczba tych spostrzeżeń nie będzie wielka, mamy wiele danych przemawiających za stałem znachodzeniem się tego drobnoustroju w danej chorobie a względnie danych, przemawiających za swoistością tegoż drobnoustroju w danej sprawie chorobowej. A jeśli przytem inny badacz, oddalony od nas o setki kilometrów, pracujący w odmiennych zgoła stósunkach, niezależnie od nas, czyni te same spostrzeżenia (jak w danym razie C a n o n i P i e l i c k e), to wartość naszych spostrzeżeń jeszcze bardziej zyskuje na znaczeniu.

Stósując wyżej wypowiedzianą zasadę do swych badań, przychodzę do wniosku, że aczkolwiek badania moje odnoszą się do małej stósunkowo liczby przypadków o d r y, mam jednak pewne prawo przypuszczać, że d r o b n o u s t r ó j znajdywany przeze mnie z taką stałością we krwi chorych na o d r ę, n i e j e s t g o ś c i e m p r z y p a d k o w y m, l e c z ż e p o z o s t a j e w p e w n y m ś c i s ł y m z w i ą z k u z d a n ą s p r a w ą c h o r o b o w ą. Upewnia mię w tem przekonaniu

[1]) Berliner klin. Wochenschrift Nr. 11. 1892.

ta jeszcze okoliczność, że krew nie jest łatwo dostępną dla zakażenia glebą tak z powodu swego położenia topograficznego w ustroju, jakoteż z powodu swych zabójczych względem drobnoustrojów własności (Buchner, Denys, Mieczników i inni). Mówię, pozostaje on w pewnym ścisłym związku z daną sprawą chorobową (odrą), chociaż nie wydaje mi się, żebym był zbyt dalekim od prawdy, jeślibym uznał dany drobnoustrój za przyczynę wywołującą odrę.

Jakikolwiekbądź jednak byłby stosunek pomiędzy drobnoustrojami we krwi chorych na odrę znajdywanymi a samą sprawą chorobową, już samo stałe znachodzenie się ich we krwi zasługuje na uwagę a drobnoustroje na bliższe z nimi zapoznanie się.

Wedle moich spostrzeżeń, zgodnych w tym względzie ze spostrzeżeniami Canona i Pielickego, drobnoustroje we krwi chorych na odrę znajdywane, przedstawiają się pod postacią dosyć cienkich laseczników z tępymi końcami.

Laseczniki obdarzone są żywymi ruchami.

Najczęściej spotykamy je rozrzucone po jednym w osoczu krwi, często jednym końcem dotykającymi czerwonych ciałek krwi; gromady laseczników spotykają się bardzo rzadko, przyczem wtedy leżą one w nieprawidłowych grupach.

Rozpatrując świeżą krew w kropli zawieszonej, nie spotkałem nigdy laseczników w samych ciałkach krwi, na preparatach zaś z krwi zasuszonej na szkiełkach przykrywkowych podobny układ laseczników spotykałem niejednokrotnie.

Długość laseczników niejednakowa, najkrótsze nie dochodzą do 0·5 μ, przy grubości nie przewyższającej połowy długości; często jednak spotkać można laseczniki długości średniej czerwonego ciałka krwi. W starych, kilkomiesięcznych hodowlach spotkać można nierzadko długie nici, obok krótkich laseczników, o jakich wspomniałem wyżej [2]).

Laseczniki nasze barwią się dobrze wszelkimi barwikami anilinowymi, chociaż zabarwienie ich nie zawsze bywa jednolitem; często, szczególniej w postaciach dłuższych, część protoplasmy pozostaje nie zabarwioną.

Metodą Gram'a laseczniki nie dają się barwić zupełnie.

Hodowle laseczników udają się na rozmaitych płynnych i stałych, zawierających białko glebach odżywczych, za wyłączeniem żelatyny i agaru.

Na agarze glicerynowym, na agarze glicerynowym z hematogeną i na surowicy krwi laseczniki nasze rozwijają się na 3—4. dzień po zaszczepieniu, tworząc drobniutkie, w postaci kropelek rosy kolonie, nigdy się ze sobą nie zlewające. Pod drobnowidem kolonie te przedstawiają się jako przeźroczyste, pozbawione budowy krople.

Rozwój hodowli jest tem większym, im większą będzie ilość użytej do zaszczepienia krwi.

Ilość użytej do tego celu krwi nie jest jednoznaczną z ilością zaszczepionych drobnoustrojów, nie o nie bowiem tu chodzi, lecz o krew samą, jako sprzyjające rozwojowi laseczników podłoże; przemawia, zdaje się, za tem ta jeszcze okoliczność, że laseczniki nasze n. p. rychłej i obficiej rozwijają się na agarze glicerynowym z dodatkiem hematogeny (Hommela), aniżeli bez tego dodatku.

Najlepszą jednak glebą dla rozwoju laseczników odry jest bulion lub wysięk surowiczy z jamy brzusznej, sterylizowany.

Hodowle w tych odżywkach przedstawiają się w postaci białawego, dosyć ciężkiego osadu. W starych hodowlach osad ten przyjmuje odcień żółtawo-szary.

Hodowle laseczników odry, nawet stare, nie posiadają żadnego swoistego zapachu.

Zwykle po zaszczepieniu odżywki w próbówkach trzymałem w termostacie w 36·0 do 37·0° C.; wpływu wyższej i niższej ciepłoty na rozwój laseczników nie badałem.

Co się tyczy szczepienia laseczników odry zwierzętom, to robiłem je tylko królikom i myszom.

Pierwsze okazały się całkowicie odpornemi przeciwko zarazkowi, myszy zaś padały na 3—4. dzień po zaszczepieniu małych ilości hodowli pod skórę, wśród objawów posocznicy.

We krwi i narządach miąższowych (śledziona i wątroba) znajdywałem stale te same drobnoustroje, zkąd otrzymywałem je także w czystych hodowlach.

Tyle co do strony faktycznej omawianego tutaj przedmiotu; co się zaś tyczy wniosków, to przynajmniej dla mnie są one zupełnie jasne. Gdyby liczba zbadanych bakteryologicznie przypadków odry była nawet o połowę mniejszą, przy zachowaniu tych jednak ostrożności, że przypadki te, jak w danym razie, będą się odnosiły do kilku rozmaitych epidemij i będą pochodziły z rozmaitych ognisk zakaźnych, to i wtedy jeszcze miałbym prawo uznać znaleziony i wyhodowany przezemnie lasecznik za drobnoustrój dla odry swoisty a względnie za przyczynę wywołującą odrę.

II. O nagłej śmierci.

Napisał

Dr. Edward Piotrowski,

asystent katedry medycyny sądowej w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Przyczyny, które sprowadzić mogą pęknięcie serca szczególniej, gdy toczy się jakaś sprawa chorobowa w mięśniu sercowym, są nader rozmaite. Nieraz nastaje śmierć podczas spółkowania, drgawek, pracy fizycznej. Tenison miał przypadek śmierci podczas wymiotów, Buhl podczas kaszlu, Eichhorst zimnej kąpieli, Hofmann zaś opisał przypadek pęknięcia serca u parobka w skutek kopnięcia kopytem końskiem w klatkę piersiową. Nieraz i wzruszenia psychiczne sprowadzić mogą pęknięcie. Znanym jest przypadek z historyi Filipa V., króla hiszpańskiego, zmarłego nagle na pęknięcie serca w chwili, gdy się dowiedział o klęsce pod Piacenzą.

Nobiling z Monachium sądzi, że przy pęknięciu lub uszkodzeniu serca powstaje śmierć nagła w skutek albo samego krwotoku albo też wstrzymania akcyi serca krwią sączącą się do worka osierdziowego, działającą na kształt tamponady.

Gwałtowne krwotoki na tle zmian patologicznych lub urazowych przewodu pokarmowego są przyczyną również

---

[2]) W pracy swej o drobnoustrojach w odrze z roku 1892. opisywałem spotykane laseczniki jako krótkie zawsze pałeczki, długość których waha się w małych bardzo granicach, obecnie przyznać muszę słuszność Canonowi i Pielickemu, którzy opisują je w ten sam, co i ja obecnie, sposób.

śmierci nagłej, bądź to przez wielki i szybki upust krwi, bądź też przez następowe zajęcie trzew brzusznych.

I tak wrzody okrągłe żołądka lub dwunastnicy, nieraz nawet nie zdradzające się długo żadnym objawem, są powodem nagłego zejścia śmiertelnego. Dziwnem jest, że podobnego rodzaju przypadki szczególniej się spotyka w pewnych okolicach, n. p. w Turyngii Müller i Starcke podają, że trafiają się u 10% wszystkich sekcyonowanych; Grünfeld zaś podaje z Kopenhagi, że zbliża się do 20%. Berthold i Nolte z Monachium znajdowali je tylko w 2% przypadków. Rozpoznanie wrzodów okrągłych przy sekcyi nie napotyka na żadne trudności, jeżeli się uwzględni ich brzegi. Przypadki nagłej śmierci na tem tle trafiają się zwykle u osób od 15. do 30. roku życia; Donne jednak miał przypadek u dziecka 3-letniego, Reiner u dziecka 3½-letniego, Chwostek u dziecka 4-letniego, Malinowski u dziewczyny 8-letniej. Jak u dzieci rzadko doprowadzają z przyczyny krwotoku do nagłego zejścia, tak podobnie zdarza się to i u starszych wiekiem. Vergely widział taki przypadek u kobiety 83-letniej. W ogólności wszyscy zgadzają się na jedno, że u kobiet spotyka się podobne przypadki częściej, niż u mężczyzn a przyczynę upatrują w błednicy. Rokitansky ogłosił przypadek wrzodu okrągłego na tle zatoru barwikiem w malaryi. Quincke widział na tle zmian termicznych, Brown-Sequard po urazie rdzenia pacierzowego, Panum na tle zatorów infekcyjnych. Böttcher na tle schizomycetów. Bardzo często również spotyka się krwotoki na tle przeżarcia naczyń żołądkowych lub jelitowych przez nacieki nowotworowe, n. p. rak. Eichhorst opisał dwa przypadki nagłego zejścia na tle krwotoków w raku żołądka, nigdzie jednakowoż nie znalazł przy sekcyi pękniętego naczynia; dlatego przypuszcza, że w tych przypadkach krwotoki powstały *per diapedesin* na tle *marasmus*. Nieraz znajdowałem również krwotoki jelitowe z nagłem zejściem śmiertelnem na tle wrzodów tyfusowych lub gruźliczych.

Krwotoki z części rodnych kobiecych są nader często przyczyną śmierci nagłej a mogą się przydarzać na tle urazowem lub też z przyczyny zmian patologicznych w ustroju. Müller (*Verh. der phys. med. Gesellsch. in Würzburg* 1873), Klapproth (*Monatschrift f. Geburtsk.* 1859) opisali dwa przypadki śmierci nagłej z powodu gwałtownego krwotoku w skutek przedarcia tkanki między łechtaczką a ujściem zewnętrznem cewki moczowej przy spółkowaniu. Hofmann opisał podobny przypadek w skutek upadnięcia kobiety ciężarnej na krawędź łóżka. Weltrubsky (*Wiener med. Blätter* 1883) podobnie widział przypadek nagłego zejścia śmiertelnego po spółkowaniu, ale w skutek pęknięcia żylaka w okolicy łechtaczki. Za przyczynę tak łatwego pęknięcia tych tkanek przy spółkowaniu uważa Parvin (*Schmidt's Jahrbuch* 1873) przekrwienie i zwiększone napięcie tych części podczas ciąży.

Mitchel Chill (*Schauenstein* 446) opisał dwa przypadki śmiertelnych krwotoków w skutek nacięcia pochwy, umyślnie przez mężów w celu zbrodniczym dokonanego. Ileż to razy zdarzają się krwotoki w skutek pęknięcia macicy ciężarnej z powodu niezręcznego zabiegu lekarskiego, o których nadmienił Fritsch (*Uterus-Ruptur in foro. Virchow's Archiv* 1891) lub też podczas spędzania płodów przez używanie ostrych narzędzi, zwykle przez niepowołanych. Contagne (*Des ruptures uterines pendant la grossesse* ..... Paris 1882) widział n. p. zejście śmiertelne skutkiem krwotoku z pęknięcia macicy po wstrzyknięciu wody przez akuszerkę w celu wywołania poronienia. Nieraz po porodzie u osób błedniczych zdarzają się krwotoki tak gwałtowne, iż nie można ich w żaden sposób utamować. Sam widziałem w klinice prof. Chrobaka 1895 r. przypadek podobny z tak gwałtownym krwotokiem, iż Chrobak chcąc życie chorej uratować w przeciągu 5 minut prawie wykonał *exstirpatio uteri totalis*. U Hofmanna znów widziałem przy sekcyi przypadek śmierci nagłej w skutek krwotoku z łożyska, którego akuszerka nie umiała wyjąć z macicy. Krwotok był tak gwałtowny, iż nim lekarz przyszedł, chora życie zakończyła.

U noworodków spotykamy się dość często z krwotokami pępkowymi (*omphalorrhagia*), które powstają albo z naczyń pępkowych albo z rany pępkowej. Jedno i drugie mogą dać powód do zejścia śmiertelnego. Krwotoki pierwszego rodzaju mogą się przydarzać tak przed odpadnięciem, jak i po odpadnięciu pępowiny. Przed odpadnięciem powstają przez zaniedbanie podwiązania lub złe podwiązanie pępowiny, ale wtedy, gdy dziecko jest chore. Wiadomo wszystkim, że gdy dziecko się urodzi, następuje z chwilą pierwszych wdechów dziecka wielkie przekrwienie płuc a według Rungego nawet zmniejszenie się ciśnienia krwi w innych naczyniach, przedewszystkiem pępkowych. Do tego pomyślnego stanu dołącza się i drugi czynnik, to jest skurcz warstwy mięśniowej naczyń pępkowych, nadzwyczaj mocno w nich rozwiniętej, skutkiem czego światło naczyń pępkowych zwęża się. Że rzeczywiście tak się dzieje, dowiedli doświadczeniami Hofmann i Basch. Jeśli jednak tych stosunków nie ma, co szczególniej tyczy się płodów niedonoszonych, asfiktycznych z niedodmą płuc i z niedokładną kurczliwością warstwy mięsnej lub też płodów z niedokładnem oddechaniem, zdarzają się krwotoki kończące się nieraz śmiercią. Runge podaje wprawdzie, że przypadki podobne zakrwawienia się dziecka są rzadkie, ale Credé i Weber podają, że prawie co tydzień podobne przypadki postrzegali w swoich klinikach.

Krwotoki pępkowe z ran pępkowych zdarzają się zwykle u dzieci dotkniętych kiłą, posocznicą lub chorobą Buhla.

Ileż to razy spotykamy zejście śmiertelne z powodu gwałtownego krwotoku po zranieniu tętnic. W Maju 1895 r. w zakładzie medycyny sądowej sekcyonowano przypadek śmierci gwałtownej rzeźnika, zmarłego z gwałtownego krwotoku z tętnicy pachowej po zranieniu jej nożem rzeźniczym przez drugiego rzeźnika. We Wiedniu tegoż roku dwa razy widziałem przypadki poderznięcia naczyń na rękach. Oba w celu samobójczym w łazienkach wykonane stały się przyczyną śmierci w skutek krwotoku. Nieraz na tle postrzałów, urazów tępych lub *contre-coup* powstają nagłe krwotoki, stanowiące przyczyną śmierci nagłej. Nie tylko jednak przydarzają się tym sposobem uszkodzenia trzew. W roku 1882. (w *Annales d' hygiène publ.*) Pellereau z wyspy Mauriciego opisał 13 pęknięć śledziony z krwotokami i następowem zejściem śmiertelnem osób dotkniętych wysokim stopniem malaryi, przyczem nieraz już mały uraz był w stanie sprowadzić owe pęknięcia. Corre (*Archiv de l' anthrop. crim.* 1889) opisuje podobne przypadki z Gwadalupy. Hofmann opisuje jeden przypadek pęknięcia samoistnego śledziony z zejściem śmiertelnem a Schlemmer (*Allg. W. med. Zeitung* 1878) opisuje 6 przypadków podobnych. Maschka (*Allg. W. med. Zeit.* 1877) podał przypadek pęknięcia śledziony dotkniętej naczyniakami. Nie mogę pominąć też pęknięcia obrzękłych śledzion

osesków podczas porodów, które opisali Birsch-Hirschfeld i Steffen (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde* XVII).

Nieraz sprawy natury czysto patologicznej są przyczyną pęknięcia śledziony, wątroby, nerek lub pęcherza moczowego, które jeżeli odrazu nie sprowadzą śmierci w skutek gwałtownych krwotoków, to zazwyczaj dają powód do ciężkich chorób następowych, zwykle i tak kończących się śmiercią.

Z kolei przystępuję do zestawienia przypadków śmierci nagłej z uduszenia. Jeźli przystęp powietrza do płuc dozna z jakichkolwiek powodów przeszkody, natenczas nastaje śmierć z uduszenia.

I. Uduszenie może nastąpić przez ucisk wywarty z zewnątrz na szyję n. p. przez powieszenie, zadzierzgnięcie lub zadławienie. Pierwszy sposób zazwyczaj przez samobójców używany, dwa drugie więcej w celu zbrodniczym.

II. Uduszenie może również nastąpić przez zatkanie otworów lub przewodów oddechowych ciałem stałem lub płynnem a w tych przypadkach śmierć następuje tem rychlej, im dokładniej ciało zamykające przewody odcina przypływ powietrza. Najprędzej n. p. nastaje, gdy ciało obce duże wpadnie do krtani i szczelnie ją zamknie. Sam widziałem przypadek uduszenia się paralityka kawałkiem mięsa, choć odrazu pomoc lekarska była na miejscu. Podobny przypadek zdarzył się 1894 r. u wojskowego w Krakowie. Dwa przypadki widziałem udławienia się kiełbasą we Wiedniu z zejściem śmiertelnem. W obu podejrzywała rodzina udar sercowy, gdy tymczasem przy sekcyi inną znaleziono przyczynę śmierci. Często zdarzają się przypadki uduszenia wymiocinami, szczególniej u opojów lub podczas narkozy chloroformowej na tle znieczulenia krtani.

Napotkawszy miazgę pokarmową w oskrzelach, trzeba być nieraz ostrożnym z rozpoznaniem śmierci w skutek uduszenia, gdyż często dostaje się miazga tamże i po śmierci.

Handyside (*Schmidt's Jahrbuch* 1843) opisał przypadek uduszenia się samobójcy przez zatkanie watą przełyku; Wosidlo (*Viertelj. f. ger. med.*) zaś opisał uduszenie się sianem również u samobójcy. Hofmann sekcyonował zwłoki chłopca 6-letniego, który się udusił kromką chleba. Nieraz widzi się przy sekcyi przypadki uduszenia się krwią z pękniętych tętniaków, wrzodów okrągłych lub też ropą z powodu pęknięcia ropnia w klatce piersiowej. U dzieci dwa razy widziałem w Wiedniu uduszenie się miazgą serowatą po pęknięciu rozmiękłych gruczołów serowatych. A ileż to razy widzi się przy sekcyi uduszenie się płynami, n. p. przy utopieniu, przy aspiracyi wód płodowych u płodów, przy wrzuceniu noworodków do kloaki. U dzieci szczególniej już przyłożenie chustki do ust lub poduszki bardzo łatwo może sprawić uduszenie. W Wiedniu w b. r. widziałem ciekawy przypadek uduszenia dziecka przez matkę po wprowadzeniu umyślnem szpilki długiej do przełyku celem zamknięcia nagłośni. Dziecko się udusiło, ale szpilka z powodu nieostrożnego zabiegu matki wpadła do tchawicy, zkąd ją wydobyto dopiero przy sekcyi.

III. Nieraz zdarzają się przypadki uduszenia przez wstrzymanie ruchów oddechowych przez gwałt, lub na tle spraw patologicznych albo na tle zaburzeń w innerwacyi. Według Tamassii (1892) śmierć po obciążeniu klatki piersiowej następuje wtedy, gdy ciężar przytrzymujący ruchy oddechowe przewyższa ciężar ciała o połowę. Janikowski (*Przegląd lek.* 1872.) opisał taki przypadek uduszenia podczas obcowania cielesnego a Wydział lekarski przytoczył w swem orzeczeniu, że okolicznością, sprzyjającą uduszeniu, był w tym przypadku ucisk wywarty na klatkę piersiową u osoby mającej wól.

Zniesienie ruchów oddechowych może też być następstwem odmy piersiowej, znacznych wysięków opłucnowych, obrażenia przepony i innych spraw podobnych. Zaburzenia w innerwacyi mogą być również powodem zniesienia ruchów oddechowych, co widzimy u otrutych n. p. kurarą, która poraża mięśnie oddechowe, lub strychniną, która je tetanizuje lub też innemi truciznami, działającemi na ośrodki oddechowe w rdzeniu przedłużonym. Podczas napadu epileptycznego śmierć również często może nastąpić z powodu uduszenia a to skutkiem porażenia rdzenia przedłużonego przez skurcz naczyń. W jednym przypadku, choć mi nie udzielono żadnych dat, znalazłszy język pogryziony i trochę krwi w jamie ustnej, tudzież objawy sekcyjne, odpowiadające uduszeniu, zaraz przypuściłem śmierć nagłą podczas napadu epileptycznego, co rzeczywiście potem stwierdziłem przez wywiady u rodziny.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Przyczynek do anatomii patologicznej dobrowolnych zwichnięć soczewki do komory przedniej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Dalej dwa przypadki opisał Hirschberg. W pierwszym (*Zur Anatomie der spontanen Linsenluxation. Archiv fur Ophth.* XXII., 1.), u 67-letniej kobiety, krótkowzrocznej od dzieciństwa, w lewem oku były zmiany w barwiku naczyniówki, zaćmienie w ciele szklanem. W prawem oku przed 2 tygodniami powstało silne zapalenie. Rogówka przeźroczysta, bezpośrednio poza nią zaćmiona soczewka, cokolwiek zmniejszona, o powierzchni zupełnie gładkiej, znajduje się na dnie komory przedniej i przykrywa tęczówkę, prócz górnego jej wycinka, gdyż górny brzeg soczewki odpowiada górnemu brzegowi szerokiej źrenicy. Ucisk śródgałkowy zwiększony. Wyłuszczone oko miało oś długości 32 mm. i znacznej wielkości garbiak tylny (Scarpy); obszerne oderwanie ciała szklanego w tylnej części. Pierwszy to raz, o ile mi wiadomo, przy badaniu patologicznem gałkę dano według sposobu Loewego do roczczynu kleju, później do parafiny i cięć dokonano za pomocą mikrotomu. Soczewka (o $6^1/_2$ mm. szerokości, $3^1/_2$ mm. grubości) znajdowała się swobodnie w komorze przedniej. Ku górze tęczówka była znacznie cieńsza i odsunięta ku przodowi, część jej rzęskowa zrosła z brzegiem białkówki; ku dołowi przeciwnie była ona zupełnie wywróconą ku tyłowi. Od ciała rzęskowego, od góry poza tęczówką i soczewką przeciągała błona ku dolnemu brzegowi rzęskowemu. Soczewka, dokoła torebką objęta, znajdowała się w komorze przedniej i przytykała bezpośrednio do rogówki. Zwieracz mało ocalały w górnej połowie tęczówki, w dolnej wcale się nie znajdował; nadto brzeg źreniczny tworzyła tu wywrócona przednia jej powierzchnia, od której na soczewce widoczne było zagłębienie w kształcie siodła. Zanikły znacznie mięsień rzęskowy miał budowę mięśnia krótkowzrocznego. Od wewnętrznej powierzchni ciała rzęskowego od góry przeciąga cienka warstwa poza tęczówką i so-

czewką do dolnego brzegu źrenicznego, w której H. widzi przednią część ciała szklanego. Od wierzchołków górnych wyrostków rzęskowych bierze początek błona grubości przedniej torebki, udaje się ku przodowi pomiędzy ciałem szklanem a tęczówką, tworzy liczne zakręty obok górnego brzegu źrenicznego i na wysokości brzegu górnego zwichniętej soczewki udaje się ku przodowi, lecz zaraz się zakręca, zwraca ku tyłowi, tworząc znów zakręty i przechodzi w szerokie pasemko, które kończy się swobodnie pomiędzy górną częścią soczewki a ciałem szklanem. Błona ta nie miała żadnej budowy, zawierała nieliczne komórki z jądrami; H. chce widzieć w niej zmienioną obwódkę. Białkówka cienka, lecz prawidłowa; splot Lebera zupełnie przechowany. Spojówka przekrwiona, rogówka cienka, lecz prawidłowa; tylko w miejscu, gdzie przytyka soczewka, brakuje zupełnie śródbłonka Descemeta. W tęczówce żadnych zmian znaczniejszych nie było. Ku górze więzadła grzebieniastego nie było wcale; w okolicy splotu Lebera obfite złogi barwika, w ciele rzęskowem żadnych zmian znaczniejszych, w dolnej części tęczówki znaczne zmiany zanikowe tyczą się przeważnie jej warstwy środkowej. Torebka otaczała soczewkę dokoła, ku przodowi warstwy przybłonkowej nie było, budowa włóknista soczewki zachowana; ku tyłowi liczne krople rdzennikowe. Siatkówka zachowała prawidłowe uwarstwienie; przybłonek jej barwikowy najczęściej zachowany. Naczyniówka zanikła w wysokim stopniu, zwłaszcza warstwa jej włosowata.

W drugim z późniejszych przypadków Hirschberga (*Cataracta gypsea procidua. Centralbl. f. prakt. Augenheilk.* 1884) u 48-letniej kobiety lewe oko oślepło przed 20 laty i czasami bywało bolesne. Od 3 tygodni w oku silne zapalenie. Biało żółta i nierówna soczewka zwichnięta w ten sposób, że równik jej przecina źrenicę ku górze i ku zewnątrz i wystaje ku komorze przedniej; dolna i wewnętrzna część soczewki, zdawało się, że znajduje się za tęczówką. Oko było wyłuszczone. $^2/_3$ soczewki znajdowały się w komorze. Od przedniej powierzchni soczewki zmierzały pęczki włókien ku przedniej powierzchni tęczówki; ku górze łączyły się one z ciałem szklanem. Siatkówka była lejkowato oderwana od tarczy do rąbka. Przybłonek i substancya rogówki prawidłowe. Na błonie Descemeta były miejscami osady. Śródbłonka ku górze niekiedy brakowało; znajdowano go wtedy na przedniej powierzchni wspomnianej błony. Dawały się także spostrzegać włókna cienkie, przeciągające między tęczówką a rogówką. Podścielisko tęczówki prawidłowe. Zwichnięta soczewka była zrosła ku dołowi zarówno z brzegiem źrenicznym, jakoteż z przednią powierzchnią tęczówki tak, że właściwie cała soczewka znajdowała się w przedniej komorze. Górną połowę tęczówki, prawie do samego brzegu źrenicznego pokrywała dość gruba warstwa siateczki, okrągłe komórki zawierającej, której włókienka zabarwiały się eozyną; siateczka ta wypełniała również wierzchołki komory przedniej. Zdaniem H., stanowi ona tylko skrzep cieczy w białko obfitującej. Soczewkę głęboka brózda pozioma dzieliła na 2 nierówne części: większa nierównie górna część składała się z podścieliska, zawierającego sole wapienne i próżnią, ku obwodowi mogły być resztki włókna; dolną, mniejszą część stanowiła gęsta tkanka włóknista, zawierająca nieliczne a długie komórki wrzecionowate. Były tu również większe i mniejsze ziarnka wapienne; komórki torebkowe znajdowały się tylko w nieznacznej przestrzeni od górnego brzegu soczewki do środka tylnej powierzchni (soczewka okręciła się zatem dokoła swej osi). W ciele szklanem znajdowały się liczne komórki okrągłe, w środku zaś lejka barwikowo komórki, okrągłe i gwiaździste. W ciele rzęskowem znajdowały się komórki limfoidne, niezbyt licznie dokoła naczyń. „Włókna obwódki Zinna były od początku wyraźne i w dalszym ciągu przechodziły wzdłuż tylnej powierzchni tęczówki“. Jednakże nie było widać przyczepienia ich do torebki soczewki. W dolnej części gałki, odpowiednio obrączce rzęskowej *(orbiculus)* napotykano włóknistą tkankę, zawierającą komórki okrągłe i barwik i wsuniętą pomiędzy przybłonek barwikowy a jagodówkę; w tej to tkance znajdowały się nadto nieliczne i o cienkich ścianach naczynia. Białkówka była zupełnie prawidłową.

Wreszcie kilka przypadków zwichnięcia soczewki zbadał anatomicznie Lamford. Żałuję, że pracę jego znam tylko ze sprawozdania w *Jahresbericht* Nagla 1887., stron. 391. Z 5 przypadków 3 jakoby są ciekawe. W jednym nie było wcale zrośnięcia tęczówki z rogówką i zwiększony ucisk śródoczny pochodził od rozrostu komórek w więzadle grzebieniastem i w przewodzie Schlemma. W drugim na tylnej powierzchni torebki powstały naczynia. W trzecim górna trzecia część soczewki znajdowała się w komorze przedniej, pozostałe zaś części były wklinowane pomiędzy białkówką z jednej a tęczówką i ciałem rzęskowem z drugiej strony.

W podręcznikach i atlasach sprawa zwichnięcia soczewki traktowaną jest tylko pobieżnie. Alt *(Compendium d. norm. u. patholog. Histologie des Auges)* poprzestaje na wzmiance, że przy rozerwaniu obwódki Zinna dobrowolnem, czy też urażnem, włókna jej tworzą fałdy i przyjmują kształt wężykowaty, jak włókna sprężyste. W atlasie Pagenstechera i Gentha o zwichnięciu soczewki wcale nie ma mowy. W atlasie Beckera opisane są dwa przypadki zwichnięcia, powstałe wskutek nowotworu w jagodówce i zapalenia ropnego ciała szklanego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

B a c h: **Badania doświadczalne nad zakażeniem ran gałki ocznej oraz uwagi o mikroorganizmach spojówki oka.**

Na podstawie długiego doświadczenia twierdzi B., że antyseptykę operacyjną w okulistyce należy zastąpić aseptyką. Badania bakteryologiczne wykazały, że najważniejszym rękoczynem przedoperacyjnym jest mechaniczne oczyszczenie pola operacyjnego, połączone ze spłukaniem jego płynem obojętnym, jak n. p. fizyologicznym roztworem soli kuchennej. Sublimat 1 : 5000 nie wyjałowi spojówki bardziej, niż roczyn soli a drażni bez porównania więcej. B. płucze worki spojówkowe tylko roczynem soli a nigdy nie zdarzyła się infekcya ranki operacyjnej jadem ropnym. Aby się przekonać, o ile zakażenie worka spojówkowego wpływa na zakażenie ranki, wprowadzał B. do worka spojówkowego królika, bądź to przed operacyą, bądź po operacyi hodowle bakteryj ropotwórczych, lub też wykonywał operacye oczne nożem zakażonym i otrzymał następujące wyniki:

Jeśli wprowadzał owe bakterye do worka spojówkowego przed operacyą, to procent infekcyj ropnych ranki wynosił 20%; jeśli po operacyi, to tylko 8%. Gdy robił operacyą nożem zakażonym, to stracił 9 ócz na 10 operacyj. Ztąd wniosek, że przedewszystkiem należy wyjaławiać narzędzia; zakażenie ranki po operacyi, jeśli operowano nożem

wyjałowionym, jest nader rzadkie. Nie wystarcza do zakażenia, aby ropne pierwiastki zetknęły się z raną, ale muszą one być do tkanki wtłoczone, co właśnie najlepiej udać się może przy wykonaniu operacyi nożem nieodkażonym. Procent infekcyi pooperacyjnej (8%) jest dlatego tak znaczny, że króliki do doświadczeń użyte nie były antyseptycznie opatrzone, ani też oko przed operacyą dobrze obmyte. W operacyach na oczach ludzkich stosownie przygotowanych, procent ten powinien by być bez porównania mniejszy. Najważniejszą zatem czynnością dla okulisty-operatora jest dokładne czyszczenie instrumentów. *(Knapp's Archiv.* T. XXX. 2. 3. 1895). *Dr. Brudzewski.*

Otyatrya.

Gruber (w Wiedniu): **O chorobie Meniera.**

Od samego początku odnoszono za Ménierem chorobę przez niego opisaną do uszkodzenia przewodów półkolistych. Później przyznał wprawdzie M., że te same objawy mogą pochodzić także z innych części ucha, jednakże nie można zaprzeczyć, że przecież we wszystkich przypadkach, w których występują tak zwane objawy Meniera, do błędnika należące, ważną odgrywają rolę a według najnowszych nauk fizyologii nie ulega wątpliwości, iż przy uczuciu zawrotu rozchodzi się zawsze przedewszystkiem o bańki i przewody półkoliste.

Otóż Gruber widzi rdzeń tych objawów w pierwotnem cierpieniu błędnika, ale nie wyłącznie w krwawieniu, lecz także w sprawach wydzielniczych i wypocinowych, które, zdaniem jego, znacznie częściej owe objawy wywołują, gdy wybroczyny, według jego doświadczeń, nadzwyczaj rzadko tu w grę wchodzą. Z drugiej strony należy zwrócić uwagę nie tylko na główne części błędnika a mianowicie na bańki, przewody półkoliste i ślimaka, ale także na przydatki błędnika, mianowicie na wodociągi (*aquaeductus*) a szczególne znaczenie przypada w tej kwestyi zatoce (*recessus Cotunni*) jamie cysternowej w twardówce, do której prowadzi przewód przysionka. Otóż badania autora na stu kościach skroniowych wykazały bardzo różne stosunki wielkości bańki Cotunna i przewodu przysionka niezależnie od wieku. Światło bańki Cotunna może być objętości wielkiego bobu albo też zaledwie dostrzegalnem. Autor posiada preparat, w którem bańki tej wcale brak a przewód prowadzi do stałego postronka w twardówce, i kilka kości skroniowych, w których ujścia końcowego przewodu przysionka zupełnie brakuje.

Czy nie można sobie, pyta się G., wobec tych stosunków łatwo wyobrazić, że przez nie same powstać mogą w błoniastych tworach błędnika, szczególnie w bańkach i przewodach półkolistych stany, które wywołać mogą objawy rzeczone? Czy nie można sobie myśleć, że przy niedostatecznym odpływie cieczy wśródbłędnikowej (endolimfy) w skutek zatkania przewodu przysionka lub zarośnięcia blaszek bańki Cotunna albo przewodów od niego odwodzących i przez Rüdingera wykazanych, powstaje większe nagromadzenie się tego płynu, który przez nadmierny ucisk sprowadzić może jednym zamachem owe objawy i prawdziwy obraz choroby Meniera? Czy nie może, z drugiej strony, w skutek jakiegoś przypadku, n. p. zbytniego użycia wyskoku, silnego dopływu krwi do głowy i t. p. przyjść do powiększenia się wydzielenia endolimfy i w skutek niedostatecznego jej odpływu do podobnych objawów? Z tego wynika, iż stan tych przydatków błędnika i zaburzenia w wydzielaniu w powstaniu tego stanu patologicznego niepoślednią odgrywają rolę.

Na podstawie tego rozumowania dochodzi G. do wniosku, że nazwę objawy Meniera należy całkiem porzucić a w przyszłości nazwą choroby Meniera oznaczać tylko pierwotnie w błędniku odbywające się sprawy, sprowadzające trzy objawy: zawrót głowy, wrażenia słuchowe podmiotowe i upośledzenie słuchu. Do nich zaliczyć należy postać apoplektyczną i wydzielniczą. Sprawy w błędniku z gorączką połączone, jak zapalenie błędnika (*labyrinthitis*) można od nich oddzielić. Natomiast należy objawy M. występujące w chorobach innej części narządu słuchowego odnieść do przypadkowych powikłań w błędniku a dla ich oznaczenia nie posługiwać się wyrazem objawów Meniera. *(Wien. klin. Rundschau.* 1895. Nr. 27). *Dr. Spira.*

Zapiski terapeutyczne.

99. L. Prochownick: O regularnem używaniu tlenu (kwasorodu) po narkozach (według wykładu na 6. niemieckim kongresie ginekologicznym w Wiedniu w Czerwcu r. b.). Już na początku bieżącego wieku zwrócił uwagę Beddoes na ożywcze działania tlenu w zamartwicy (*asphyxia*) z odurzenia, ale rzecz ta poszła w zapomnienie. Dopiero w nowszych czasach próbowano dla bezpieczeństwa narkozy używać mieszaniny chloroformu i tlenu (sposób Neudörfera) a w ostatnich latach zaczęto i w niemieckich klinikach i szpitalach stosować czysty tlen w zamartwicy z chloroformu lub eteru albo wyłącznie albo, co okazało się bardzo skutecznem, równocześnie z wzniecaniem sztucznego oddychania.

Te wszystkie okoliczności skłoniły autora do zwrócenia swej uwagi na reformę nie tyle samej narkozy, ile na czas po niej następujący. Te chwile po narkozie są ważne szczególniej dla ginekologa, dla którego po wszystkich operacyach na brzuchu, w brzuchu i w organach moczopłciowych, jest rzeczą wielkiej wagi, ażeby pacyentki budziły się z narkozy jak najrychlej, nie rzucały się, lecz leżały przytomnie, spokojnie i przez gwałtowne ruchy przepony nie wstrząsały rany operacyjnej. Rzecz ta nie jest zresztą obojętna i pod względem psychicznym, chodzi bowiem o uniknięcie objawów histerycznych i erotycznych (tych osobliwie po eterze), niepokojących inne osoby a zawstydzających nieraz sameż pacyentki.

Po wielu próbach i doświadczeniach okazało się autorowi najpraktyczniejsze takie postępowanie:

Przyrząd zawierający tlen znajduje się każdej chwili gotów do użycia obok stołu operacyjnego lub łóżka osoby operowanej. Przyrząd ten składa się z cylindra żelaznego, mieszczącego w sobie 1000 litrów zgęszczonego tlenu i dwóch manometrów, z cylindrem stosownie połączonych; jeden z nich wskazuje ciśnienie, pod jakiem wypływa tlen przez stosowny wentyl, drugi podaje, ile tlenu spotrzebowano.

Do wdychania tlenu służy maska Waldenburga, długą rurką kauczukową ze zbiornikiem tlenu połączona. Przy zwykłem użyciu na końcu narkozy wystarcza ciśnienie $^1/_4$ do $^1/_3$ (co najwięcej) atmosfery. Z chwilą początku wdechu przyciska się maskę mocno do ust i nosa a odejmuje z chwilą wydechu; równocześnie z temi okresami oddychania otwiera się i zamyka kurek od zbiornika tlenu. Przy wprawie te dwie czynności z maską i kurkiem może spełniać jedna osoba; w braku wprawy, maskę przykłada i odejmuje lekarz a na jego komendę posługaczka zamyka i otwiera kurek od przyrządu tlen zawierającego.

Oddychanie jest z początku powierzchowne i częste, ale wkrótce zmienia się ono w powolniejsze i głębsze.

To wdychanie tlenu może odbywać się przy stole operacyjnym aż do nastania wyraźnego odczynu ze strony osoby operowanej. Przy operacyach większych a ztąd dłuższych i z większem niebezpieczeństwem wstrząsu (*shok*) połączonych, jak mianowicie celiotomii i odjęciu macicy przez pochwę, można przerwać na pewien czas oddychanie tlenem a przystąpić doń na nowo po przeniesieniu i ułożeniu chorej na łóżku i prowadzić je aż do powrotu zupełnej przytomności.

Zazwyczaj wystarcza do pożądanego skutku użycie samej tylko maski Waldenburgowskiej bez wprowadzania rurki do ust, nosa lub krtani. Tylko wyjątkowo okazało się potrzebnem wzniecenie prócz tego oddychania sztucznego.

Przy użyciu tlenu w ten sposób naprzód podpada pod oczy poprawa wejrzenia skóry i błon śluzowych. Jeszcze nawet przed wyraźną zmianą tętna i przed nastaniem regularnego przez nos oddychania barwa twarzy staje się żywszą, często różową; spojówka nabiera blasku, rogówka zaczyna oddziaływać a ustępuje sinica warg i błony śluzowej ust. W końcu dopiero okazuje się poprawa tętna. Wymiotów

przez użycie tlenu nie unika się wprawdzie, ale ogranicza się je zazwyczaj tylko do jednego razu. O ile można to powiedzieć, nie ulega wątpliwości, że cały okres po narkozie staje się krótszym, lżejszym i przyjemniejszym tak dla osoby operowanej jak i dla otoczenia.

Szkodliwych skutków z użycia tlenu do wdychania autor nie widział. Zdawało się wprawdzie kilka razy, że przy nieodpowiedniem tempie w przykładaniu i odejmowaniu maski dostał się tlen do żołądka, ale badanie przedmiotowe tego przypuszczenia nie potwierdziło.

Ilość zużytego do wdychania tlenu była bardzo rozmaita: od 10 do 20 litrów przy małych, do 60 i 80 przy cięższych operacyach a do 100 litrów w przypadkach nadzwyczajnych.

Autor nie przytacza szczegółowo kazuistyki; oświadcza tylko, że używał tlenu w 100 mniej więcej narkozach a pragnie, by i inni spróbowali tego środka i to w rozmaitych przypadkach.

Wszelkich objaśnień co do ceny przyrządów tlen zgęszczony zawierających itd. udzieli fabryka tlenu Dra T. Elkana w Berlinie N. Tegelerstrasse 15. Napełnienie cylindra 1000 litrów tlenu kosztuje 10 marek. (*Münchener medic. Wochenschrift* 30. Lipca 1895).

100. Lyonnais: Leczenie rtęcicy (*mercurialismus*). Rtęcica występuje w trzech postaciach: 1) bardzo ostrej (przedewszystkiem w otruciach zbrodniczych), 2) podostrej prawie wyłącznie w przebiegu leczenia rtęcią źle znoszonego lub niedostatecznie kontrolowanego, 3) w formie przewlekłej prawie wyłącznie u ludzi pracujących zawodowo z rtęcią a osobliwie u górników.

W formie pierwszej najważniejszą jest rzeczą wypróżnić przedewszystkiem żołądek za pomocą pompy Kussmaula lub rurki Fauchera (por. zreszta Nr. 26. *Przeglądu lekarskiego* z r. b. Przyp. red.). Środków wymiotnych wolno użyć tylko w razie, jeżeli w inny sposób nie można wypróżnić żołądka. Po wypróżnieniu żołądka należy zadać wodę z białkiem lub mleko. Siarkany alkaliów są jako odtrutka o wiele niepewniejsze.

W dalszym ciągu, jeżeli jest czas, można zadawać jodek potasu, chloran potasowy, kąpiele siarczane i t. d.

W formie przyostrej, która prócz kiłowych leczonych rtęcią widuje się także i u położnic, u których do przepłukiwania narządu rodnego użyto sublimatu, główne zmiany przez rtęcicę wywołane znajdują się w jelitach grubych, rzadko bardzo w cienkich, co jest dowodem, iż one są skutkiem wessania trucizny a nie jej działania miejscowego.

Co do zapobiegania tej formie, najważniejszą jest rzeczą ograniczyć zadawanie rtęci tylko do przypadków koniecznej potrzeby, wstrzymać je, gdy tylko zaczną ukazywać się najlżejsze przypady zatrucia rtęcią, mianowicie w postaci częściowego zapalenia dziąseł, na które zwrócił uwagę pierwszy Fournier; podczas leczenia rtęcią baczyć jak najstaranniej na jamę ustną (przepłukiwać ją, obmywać, pomazywać roztworem kwasu borowego, osobliwie dziąsła) a przed rozpoczęciem leczenia przekonać się o prawidłowym stanie przewodu pokarmowego i dążyć do jego antyseptyki za pomocą przetworów betolu, benzonaftolu.

Bardzo ważną jest rzeczą wybór stosownego do leczenia w danym przypadku przetworu. Tak n. p. ślinienie się występuje najłatwiej po jodku rtęciowym (*protojoduretum hydrargyri*) a sublimat działa najmocniej ze wszystkich przetworów rtęci na żołądek; natomiast okazał się bardzo praktycznym jodek rtęci i taniny (*jodure double de tanin et d'hydrargyre*), używany w szpitalu św. Ludwika w Paryżu.

Trzymając się tych przepisów nie należy obawiać się rtęcicy; gdyby jednakże ona wystąpiła, należy przedewszystkiem przerwać dalsze zadawanie przetworów rtęci, polecić częste przepłukiwania jamy ustnej czyto 5% roztworem chloranu potasowego, czy płynami antyseptycznymi, pomazywanie jej kwasem borowym a wewnętrznie zadać jodek potasu. W razie bólów gwałtownych należy użyć do pomazywania błony śluzowej jamy ustnej kokainy a wewnętrznie zadać wyciąg z makowca (*extractum opii*). Pod względem dyetetycznym nadają się do użycia mleko, woda z białkiem i środki toniczne. (*La Médecine moderne* 30. Lipca 1895).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 20. Marca 1895 r.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 36.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Ludomił Korczyński przedstawia z kliniki lekarskiej chorą z obrzękiem śluzakowym. Przypadek ten opisany będzie w *Przeglądzie lekarskim*. Zasługuje on na uwagę tak ze względu na bardzo korzystny przebieg przy używaniu wewnętrznem substancyi gruczołu tarczykowego, jakoteż na pewne szczegóły w obrazie chorobowym. Tu należą: wydzielanie się siary ze sutek, dywulsye skóry na brzuchu, megalocytemia, znaczne zwiększenie się ciałek eozynochłonnych, zanik części rodnych zewnętrznych obok przedwczesnego zaniku macicy a mimoto pojawienie się poraz pierwszy miesiączki po pięcioletniej przerwie.

Kol. Ludomił Korczyński przedstawił następnie chorego z kliniki lekarskiej z rozpoznaniem kiły mózgo-rdzeniowej. Przypadek ten również zostanie ogłoszony drukiem. Rozpoznanie ułatwia tu przedwczesna miażdżyca, zmiany kiłowe w wątrobie, na goleni, wreszcie skuteczność leczenia przeciwkiłowego. Na uwagę zasługuje przedewszystkiem wysepkowa analgezya, której używaniem kwasu arsenawego z powodu równoczesnej łuszczycy, wytłómaczyć nie można.

W dyskusyi oświadcza kol. prof. Gluziński, że w przypadku tym niewątpliwej kiły mózgu i rdzenia pacierzowego wobec rozsianych zmian, zmian innych natury kiłowej, wyniku leczenia zasługują na szczególną uwagę zboczenia w czuciu. Wysepkowość tych zmian, zajęcie obszarów pewnych nerwów, n. p. tylko średniej gałęzi n. troistego i t. d. może źródło swe mieć albo również w zmianie układu centralnego, jak to jest w *syringomyelia*, ale trzeba zwrócić uwagę również, że przyczyna tkwić może i w nerwach obwodowych, jako *neuritis peripherica*. A trzeba o tem myśleć tem bardziej, że jak badania dawniejsze już n. p. Oppenheima i Sommerlinga wykazały, nie tak rzadko znajdujemy zmiany w nerwach obwodowych w przypadkach *tabes dorsalis*, którego obraz kliniczny ten przypadek przedstawia. Nadto zachodzi tu i druga możliwość zakażenia nerwów obwodowych a w związku z tem zmian w czuciu; trzeba wykluczyć, czy te zmiany nie stają oddzielnie od reszty obrazu, czy nie są one wynikiem zatrucia przewlekłego arsenem, którego pacyent, jak słyszymy, przez długi czas używał przeciw łuszczycy (*psoriasis*). Skutek leczenia, usunięcie tych zmian przy leczeniu specyficznem, przemawia przeciw temu przypuszczeniu. Pozostałoby zatem do rozstrzygnięcia pytanie, czy te zmiany w czuciu są pochodzenia centralnego, czy też obwodowego na tem samem tle rozwijającego się a tu rozstrzygnąćby mogło chyba jeszcze skrupulatniejsze badanie zmian w rozmaitych gatunkach czucia z osobna.

Kol. prof. Edward Korczyński jest zdania, że wpływ zażywania kwasu arsenawego da się w przypadku tym w zupełności pominąć, gdyż najpierw chory wyżył go tylko 3·87 grm. w ciągu trzech lat, następnie brakuje innych objawów, właściwych przewlekłemu zatruciu arsenowemu, jak porażeń i zaników mięśniowych. Również jest zdania, że ogniskowych zboczeń w czuciu żadną miarą nie można uważać w danym przypadku za objaw obwodowego zajęcia nerwów (*neuritis peripherica*) a to dla braku wszelkich objawów obwodowej przyrody cierpienia, lecz przeciwnie przyjąć należy zboczenia ośrodkowe, gdzie wysepkowa analgezya ma to samo znaczenie dyssocyacyi czucia skórnego, jak w niektórych postaciach histeryi lub syryngomyelii.

Kol. prof. Domański zapytuje się prelegenta, czy w przypadku okazanym badano oftalmoskopijnie dno oka i co przy tem znaleziono (prelegent odpowiada, że badano i nic nie wykryto) a następnie oświadcza, iż obraz kliniczny arsenicy jest tak odmienny od przypadku okazanego, iż o arsenicy mówić tutaj nie można w żaden sposób. O ile sądzić można, bez zbadania samemu osobiście, przemawiający sądzi, że w przypadku niniejszym zgodnie ze zdaniem prelegenta i kol. prof. Korczyńskiego wykluczyć można prostą *tabes*. W prawdziwej *tabes* środki

przeciwkiłowe, mianowicie rtęć zwykle nie tylko nie pomagają, ale nawet szkodzą a jeżeli opisywano przypadki *tabes* wyleczone środkami przeciwkiłowymi, to nie było to nic innego, jak po prostu kiła w formie *tabes*. Wiadomo, iż kiła nagabywać może wszystkie części układu nerwowego, jakkolwiek jedne nagabuje częściej, niż drugie. Jeżeli przeto zajmie te części układu nerwowego, których zajęcie daje obraz *tabes*, w takim razie przybierze rzeczywiście formę *tabes*. Wszak nauczyła nas szkoła przedewszystkiem francuska, iż objawy kliniczne w układzie nerwowym są wyrazem nie rodzaju zmiany, lecz jej usadowienia się. W ogólności idąc za Fournierem, trzeba zmiany w układzie nerwowym przez kiłę wywołane podzielić pod względem patogenetycznym na trojakie: na zmiany właściwe kiłowe, jak n. p. kilaki (*gummata*) i stwardnienia (*scleroses*); do nich między [illegible] należą zgrubienia właściwe ścian naczynnych, na zmiany kiłowe następowe, t. j. po prostu skutki fizyologiczne zmian kiłowych, jak n. p. rozmiękczenie skutkiem wstrzymania dopływu krwi tętniczej przez zmiany w naczyniach, zanik przez ucisk itp. i zboczenia tak zwane przez Fourniera p a r a s y f i l i t y c z n e, zawdzięczające swe powstanie przypuszczanym, chociaż jeszcze nie wykrytym i nieodosobnionym właściwym toksynom kiłowym. Do tych liczyćby należało zniedołężnienie umysłowe z porażeniami (*dementia paralytica*) i analogon jego w rdzeniu pacierzowym w ogólności (*tabes dorsalis*).

Kol. prof. Gluziński: co do zboczeń w czuciu w danym przypadku zgadza się z prof. Korczyńskim, że zmiany te najprawdopodobniej są pochodzenia centralnego i to wynikiem zmian może w istocie szarej rdzenia pacierzowego i rdzenia przedłużonego (*n. trigeminus*) a zwrócił na nie uwagę dlatego, że w danym przypadku tyle przyczyn może ubiegać się o uwzględnienie. Co do arszeniku, jako czynnika etyologicznego, sam przemawiający go wykluczył, dawka jednak, jaką chory wyżył, może nie jest decydującą; są przypadki idyosynkrazyi i sam kol. Gluziński obserwował przypadek, w którym po dawce względnie niewielkiej (przez 3 tyg. trzy razy dnia po 20 kropli *sol. ars. Fowl.* aptekarz z własnej ordynacyi) wystąpiły zboczenia właśnie w zakresie n. czuciowych (mrowienie, *analgesia dolorosa* przeważnie na kończynach).

Przemówienie kol. prof. Domańskiego odbiega od danego przypadku i wkracza w ogólniejsze roztrząsanie. Stosując do danego przypadku wyrażenie, że przedstawia obraz kliniczny *tabes*, miał do tego prawo, uwzględniając objawy jak: chód ataktyczny, symptom Romberga, zniesienie odruchów ścięgnistych i t. d. W ten sposób przy ogólnem rozpoznaniu *lues medullae spin.* podkłada się odrazu siedlisko anatomiczne przypuszczalnej zmiany. A do poznania tego siedliska, do lokalizacyi w chorobach mózgu i rdzenia pacierzowego dążyć powinniśmy. Że *lues* bardzo często daje podstawę do zmian, który mianem *tabes* oznaczamy, do zmian anatomicznych w sznurach tylnych rdzenia pacierzowego, to zdaniem prelegenta nie ulega wątpliwości. Uwzględniając szczególnie najnowsze prace nad patogenezą *tabes*, zestawione w ostatniej pracy Leydena w *Zeits. f. klin. Med.* dochodzimy do przekonania, że w początkowych okresach *tabes* mamy przeważnie zmiany w korzeniach tylnych pewnej wysokości rdzenia pacierzowego. Zmiany te mogą polegać tak dobrze na pierwotnej degeneracyi włókien nerwowych, jak i być następowym wynikiem zmian n. p. syfilitycznych, jeżeli *lues* jest przyczyną, czy to w naczyniach, czy to w błonach rdzeniowych (*pachymeningitis*) czy to w kilakach.

Obraz kliniczny może być jednakowym, bo lokalizacya zmian jest jednakowa i zboczenia czynnościowe muszą być te same. Zastosowane wczas leczenie, usuwając podstawową zmianę, może sprawę degeneracyjną powstrzymać i są to przypadki wdzięczne dla terapii, są to przypadki, w których n. p. prócz zniesienia odruchów ścięgnistych lata całe posuwania się sprawy nie stwierdzamy, jeżeli tylko wczas leczenie było zastosowane, nie usuwamy tego, co się nie da usunąć, ale zapobiegamy szerzeniu się sprawy. Inna rzecz w przypadkach posuniętych, gdzie degeneracya zajęła sznury tylne w znacznej przestrzeni i wysokości, tam leczenie specyficzne nieraz już nie pożytek, ale stratę przynieść może. Zadaniem lekarza jest ocenić, czy zastosować takie leczenie czy nie, jak również, czy w danym przypadku obrazu klinicznego *tabes* konkuruje *lues* jako przyczyna. Wielką pomocą jest tu rozsianie zmian, t. j. obecność zmian w innych częściach układu nerwowego lub w innych organach, jak w danym przypadku.

Kol. prof. Korczyński zaznaczywszy w krótkości zmiany w zapatrywaniu się nad związkiem zakażenia kiłowego ze zboczeniami w ośrodkach nerwowych tak jak zmiany te w ostatnich dziesiątkach lat się dokonywały i jak pojęcia o związku tym coraz bardziej się ustalały, jest zdania, że według spółczesnego stanowiska nauki trzeba rozróżnić dwie postacie kliniczne. Do jednej postaci, daleko częstszej, należą te przypadki, gdzie kiłę przebytą uważać należy tylko jako okoliczność etyologiczną usposabiającą; tu przebieg, objawy kliniczne, rokowanie i leczenie nie różnią się niczem od tych przypadków, gdzie chorzy poprzednio wcale kiły nie przebywali a nawet leczenie przeciwkiłowe pomimo notorycznie przebytej kiły nie tylko nie pomaga, ale nawet stan chorych pogarsza. W przeciwstawieniu zasadniczem do tej postaci, odróżnić należy postać drugą, bezporównania o wiele rzadszą, gdzie zmiany w ośrodkach nerwowych są wprost przyrody kiłowej. Tu przebieg jest zazwyczaj łagodniejszy, rokowanie lepsze a leczenie przeciwkiłowe jest wskazane, gdyż bardzo często objawy chorobowe zmniejsza lub przynajmniej dalszemu rozwojowi choroby zapobiega. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że rozróżnienie tych dwóch całkiem odrębnych postaci klinicznych jest bardzo trudne a czasami nawet niemożebne. Właśnie więc dla ważności sprawy nie tylko z ogólnego, naukowego stanowiska, ale także przez wzgląd na rokowanie i leczenie trzeba się starać koniecznie, by ustalić prawidła rozpoznawania tych dwóch postaci a w szczególności poznać dokładnie objawy kiły rdzenia pacierzowego. Tu szczegółowa i dokładna kazuistyka może wiele niejasnych dotąd spraw rozświecić a tą drogą kroczy właśnie spółczesna nauka. W pochodzie tym ze stanowiska klinicznego stanowić będzie pewne ułatwienie sama zmiana nazwy, dotąd utartej, którą anatomicznie oznaczamy siedzibę zwyrodnień lub zapaleń rdzenia pacierzowego. Byłoby wielkim postępem nauki, gdybyśmy n. p. mogli dawną nazwę *tabes dorsalis*, oznaczającą w ogóle szare zwyrodnienie sznurów tylnych ograniczyć do przypadków o nieznanej przyrodzie etyologicznej, lub do tych przypadków, gdzie kiła jest tylko odleglejszym czynnikiem usposabiającym a natomiast ustanowić całkiem odrębną postać zmian kiłowych w sznurach tylnych. Do tego dążyć trzeba chociażby po grudach omyłek rozpoznawczych i już teraz, zdaniem duskutującego usiłowania w tym względzie podjęte rokują przyszłość. To też za przykładem innych, dyskutujący od dłuższego czasu stara się w każdym przypadku choroby rdzenia pacierzowego u chorego, który przebył kiłę, rozstrzygnąć to ważne pytanie, czy ma do czynienia ze zboczeniami wprost kiłowemi, czy też z kiłą w bezpośrednim związku nie zostającemi a w pierwszym przypadku stara się zawsze oznaczyć, o ile się to da, ściśle lokalizacyę zmian kiłowych.

Kol. Domański zwraca uwagę, iż w swem poprzedniem przemówieniu nie tykał wcale zmian anatomicznych w *tabes* i poglądów na nie najnowszych, mianowicie Leydena i raz jeszcze powtarza, iż co innego jest *tabes in individuo luetico* a co innego *tabes luetica*. *Tabes luetica* ma wszystkie cechy kiły układu nerwowego, gdy *tabes in individuo luetico* mimo wszelkich chwilowych popraw i jakoby zatrzymywania się ostatecznie podobnie, jak *dementia paralytica* postępuje ciągle w kierunku raz obranym.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

VI. Zdanie sprawy z I. kongresu internistów francuskich w Lugdunie.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Wobec ogromu materyału naukowego, jaki na kongresie lugduńskim podano i przedyskutowano, oraz wobec tego, że pamiętnik tego kongresu wkrótce już ukazać się powinien, ograniczam się do przytoczenia w sprawozdaniu niniejszem najważniejszych i najciekawszych referatów i wykładów.

Na 1-szem posiedzeniu kongresu prof. G r a s s e t z Montpellier miał bardzo ciekawy wykład o udoskonaleniu mierzenia ciepłoty u gorączkujących. Liczba stopni, którą odczytujemy na skali termometru po upływie 10 minut, w ciągu których termometr znajdował się pod pachą chorego, nie daje

nam bynajmniej jasnego pojęcia o produkcyi ciepła w danym ustroju a to z następującego powodu: ciepłota, którą na termometrze odczytujemy, jest zależna od stopnia, z jakim dany ustrój oddaje ciepło *(pouvoir émissif)*, a stopień ten, jest w różnych organizmach rozmaitym.

Pewien obraz owego *pouvoir émissif* daje nam szybkość, z jaką się podnosi słupek rtęci w termometrze, założonym pod pachą czy do odbytnicy chorego. Należy więc zapisywać ciepłotę chorego raz po upływie minuty po założeniu termometru (t), drugi raz zaś po upływie 10 minut (T). Pomiędzy t a T niema żadnego stałego stosunku: przy T=40° t waha się zwykle w granicach 37°,6—38°,4; w jednym przypadku znalazł jednak mowca przy T=40°4, t=36°2.

Zapisując nietylko krzywe wielkości T, jak to dotychczas wyłącznie się praktykuje, ale obok tych krzywych i krzywe ciepłoty, obliczone za każdym razem według wzoru $\frac{t+T}{2}$, otrzymujemy o wiele dokładniejszy obraz produkcyi ciepła w danym organizmie.

Posiedzenie 2-gie było poświęcone wyłącznie etyologii oraz patogenezie cukrzycy. Lancereaux, główny referent w tej sprawie odczytał długi referat, w którym zestawił wyniki obserwacyj klinicznych i głównych prac doświadczalnych nad cukrzycą oraz panujące obecnie zapatrywania na powstawanie tego cierpienia. Mówiąc o cukrzycy pochodzenia trzustkowego, przytoczył Lancereaux następujący ciekawy szczegół: nie ulega wątpliwości, że pod względem wytwarzania cukru wątroba i trzustka stanowią w ustroju pewną całość; komórki wątroby wytwarzają cukier, komórki zaś trzustki regulują tę produkcyę. U człowieka narządy te są połączone przez układ żyły wrotnej; u pewnych ryb zaś narządy te stanowią jedna całość i pod względem anatomicznym komórki trzustki nie stanowią oddzielnego narządu a są ułożone wzdłuż śródwątrobowych rozgałęzień żyły wrotnej (Legouis, Laguesse).

Głównym jednak mowcą w sprawie cukrzycy był Lépine, powszechnie znany ze swych badań klinicznych i doświadczalnych nad cukrzycą.

Według Lépine'a jednym z czynników, wchodzących w grę przy powstawaniu cukrzycy jest zmniejszenie się działania glikolitycznego krwi; działanie zaś glikolityczne krwi polega na obecności we krwi fermentu, który Lépine wyizolował. Na tej podstawie zbudował Lépine teoryę powstawania cukrzycy; teoryi tej sprzeciwiają się jednak wyniki badań innych autorów, głównie Chauveau i Kaufmanna. To też wykład Lépine'a miał w znacznej części charakter polemiczny; żałować tylko należy, że żaden z głównych przeciwników teoryi Lépine'a na jego wykładzie nie był obecnym. W końcu wykładu zakomunikował Lépine następujące nowe okoliczności, tyczace się patogenezy cukrzycy, które w ostatnich czasach wykrył:

1) Po przecięciu rdzenia piersiowego w górnym jego odcinku, po którem wyłuszczenie trzustki cukromoczu nie sprowadza, zadanie florydcyny sprowadza cukromocz; z tego wynika, że patogeneza cukrzycy, powstałej skutkiem zadania florydcyny, jest odrębną.

2) Podczas drażnienia nerwów trzustkowych własności glikolityczne krwi, wziętej z żyły trzustkowej, zmniejszają się znacznie. Po upływie kilku godzin, gdy wydzielanie soku trzustkowego, wzmożone skutkiem poprzedniego drażnienia nerwów, prawie ustaje, własności glikolityczne krwi, wziętej z tego samego źródła, są bardzo znaczne.

3) Po zadziałaniu na sok trzustkowy 1°/₀₀ rozczynem kwasu siarkowego w 39°, występują w tym soku własności glikolityczne w wysokim stopniu.

4) Również po zadziałaniu 1°/₀₀ rozczynem kwasu siarkowego na świeżą trzustkę wytwarza się w niej ferment glikolityczny.

Z licznych bardzo przemówień w dyskusyi nad etyologią i patogenezą cukrzycy wyjmuję jedynie przemówienie prof. Renauta z Lugdunu:

Badania porównawczo-anatomiczne wykazują, że wątroba i trzustka stanowią jedną całość, a badania doświadczalne i obserwacya kliniczna potwierdzają to zapatrywanie. Narząd, któryby można nazwać narządem wątrobowo trzustkowym, posiada dwa ujścia: jedno stanowią jego przewody, drugie zaś krew.

Posiedzenie 3-cie kongresu było poświęcone dyskusyi nad drobniejszymi komunikatami, głównie tyczącymi się tyfusu brzusznego a zakończone z ogromną swadą wypowiedzianym wykładem Glénarda o idealnych wynikach leczniczych kąpieli zimnych w tem cierpieniu.

Drugiego dnia kongresu, na pierwszem posiedzeniu dyskutowano nad wartością chemizmu żołądkowego pod względem klinicznym. Głównym referentem był Hayem.

Pierwsza część referatu była poświęconą w znacznej części metodologii: mowca doszedł do wniosku, iż jedyną racyonalna metodą badania treści żołądkowej jest metoda Wintera.

Posługując się wyłącznie tą metodą, obserwował Hayem między innymi pewien typ patologiczny chemizmu żołądkowego, dotychczas nie opisany a polegający na zwiększeniu się ilości organicznych związków chlorowych w treści żołądkowej.

Ponieważ przebieg sprawy trawienia w rozmaitych żołądkach patologicznych jest bardzo różnym, samo porównywanie wyników analiz, dokonanych po upływie pewnego czasu po wprowadzeniu pokarmów do żołądka jest niedostatecznem; w jednym przypadku może np. sprawa trawienia dojść do *maximum* po upływie godziny, w innym zaś przypadku rozpoczyna się ona zaledwo w tym czasie. Należy więc badać chemizm żołądkowy w ciągu całego przebiegu sprawy trawienia czyli wykonywać serye analiz, z których dopiero można z pewną dokładnością sądzić o stanie, w jakim znajduje się dany żołądek.

W miarę tego, jak posługiwanie się sondą żołądkowa w celach dyagnostycznych stawało się coraz pospolitszem, coraz częściej znajdywano cierpienia żołądkowe pochodzenia nerwowego, czyli t. z. zmiany czynnościowe żołądka, w których wrzekomo błona śluzowa żołądka zmian patologicznych nie przedstawia. Z bardzo licznych badań Hayema wynika, iż rzecz ma się wprost przeciwnie: zmiany anatomopatologiczne błony śluzowej żołądka są nadzwyczaj częste, zmiany zaś czynnościowe tej błony są zawisłe od danych zmian anatomo-patologicznych.

Z pośród licznych zmian błony śluzowej żołądka zwraca Hayem uwagę na rozmaite formy pewnej zmiany, którą nazwał *gastritis parenchymatosa*.

(Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 8 Sierpnia 1895 r.

— W wyszłym właśnie zeszycie drugim z roku bieżącego *Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* mieści się na 223 stronnicach nader starannie opracowany przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego z roku 1894. Spis ten obejmuje 502 prace oraz odbyte nad niemi w korporacyach naukowych dyskusye. W szczególności znajdujemy w tym wykazie 5 prac z anatomii i histologii, 16 z fizyologii i chemii fizyologicznej, 16 z anatomii patologicznej, 7 z patologii ogólnej, 17 z bakteryologii i parazytologii, 12 z farmakologii i toksykologii, 8 z dyagnostyki lekarskiej, 4 z terapii ogólnej, 7 z klimatologii, balneologii i hidroterapii, 109 z patologii i terapii szczegółowej, 35 z laryngologii, rynologii i otyatryi, 76 z chirurgii, 18 z oftalmologii, 68 z ginekologii, 24 z akuszeryi, 21 z nauki o chorobach wenerycznych, 5 z dermatologii, 5 z medycyny sądowej, 20 z higieny, 13 z epidemiologii, 20 ze szpitalnictwa, statystyki i sprawozdań, 12 z historyi medycyny i biografij, 8 treści rozmaitej i 24 o nowych przyrządach.

Spis autorów obejmuje 273 nazwiska.

— Kwestyę dopuszczenia kobiet do nauki lekarskiej rozstrzygnął w Rosyi rząd w ten sposób, iż po wysłuchaniu opinii Rady Państwa postanowił założyć w Petersburgu instytut lekarski dla kobiet, nie dozwolił zaś im wstępu do wydziałów lekarskich innych w państwie uniwersytetów. Punkt ciężkości wykształcenia lekarskiego kobiet w instytucie petersburskim położono na położnictwo, ginekologią i pedyatryą. Na słuchaczki, których liczba jest ograniczona a zależy od ministra oświaty, dopuszczone są kobiety wyznania chrześciańskiego, nie liczące mniej niż 20 a więcej niż 35 lat. Do przyjęcia potrzeba korzystnego świadectwa władzy policyjnej i zezwolenia rodziców lub opiekunów, dla kobiet zamężnych zaś zezwolenia mężów. Osoby starające się o przyjęcie do rzeczonego instytutu muszą wykazać się z zupełnego ukończenia gimnazyum żeńskiego lub innego, stojącego na równi z niem zakładu naukowego i poddać się ewentualnie z języka łacińskiego dodatkowemu egzaminowi, w którym wymagać będzie się od nich tych samych wiadomości, co od młodzieńców kończących gimnazyum klasyczne. Kurs w instytucie trwa 4 lata, poczem słuchaczki obowiązane są do czynności praktycznej przez 1 do 3 lat w zakładach położniczych i szpitalach dla kobiet i dzieci. Minister oświaty mianuje komisye egzaminacyjne. Słuchaczki, które ukończyły kurs nauk w uniwersytecie ze skutkiem pomyślnym, otrzymają dyplom, stopień kobiety-lekarza, prawo do praktyki lekarskiej w ogólności a jako specyalistki do chorób kobiet i dzieci w szczególności i mogą zajmować posady lekarskie w szpitalach dla kobiet i dzieci, tudzież przy policyi obyczajności. Natomiast nie wolno im zajmować posad przy szpitalach ogólnych i sprawować czynności lekarskich przy rekrutacyi i czynności sądowo-lekarskich. Przy instytucie utworzonym będzie internat, w którym będą obowiązane mieszkać słuchaczki nie mieszkające przy rodzicach lub bliskich krewnych. Opłata roczna wynosi od każdej słuchaczki 100 rubli. Instytut, który będzie znajdować się pod bezpośrednim kierunkiem ministra oświaty, ma być otwarty 1. Stycznia 1897.

— Namiestnictwo galicyjskie zakazało ze względów sanitarnych nalepiania na pieczywie kartek z oznaczeniem firmy, ceny i wagi.

— Według doniesienia zrobionego Akademii umiejętności w Berlinie udało się prof. E. Fischerowi wspólnie z W. Achem po wielu nieudałych próbach wytworzyć sztucznie kofeinę i to na podstawie chemicznego pokrewieństwa między ksantyną, mocznikiem i kofeiną. Praktycznego znaczenia jeszcze nie ma ten wynalazek z przyczyny, iż kofeina sztucznie wytworzona jest teraz przynajmniej droższą znacznie od kofeiny otrzymanej z kawy.

— W półroczu letniem co właśnie ubiegłego roku szkolnego było na wydziałach lekarskich szwajcarskich: w Bazylei 146 studentów i 3 studentki, w Bernie 148 i 38, w Genewie 155 i 62, w Lozanie 85 i 9, w Zurychu 216 i 79, razem 941 uczących się, t. j. 750 studentów i 191 studentek, między nimi ze Szwajcaryi 586 studentów a tylko 13 studentek.

— Sprawą dopuszczenia kobiet do uniwersyteckiej nauki lekarskiej zajmowała się temi czasy komisya pruskiej izby posłów. Reprezentant rządu oświadczył w tej komisyi, iż nie można zalecać dopuszczenia kobiet do pewnych tylko wykładów; natomiast należy zastanowić się nad dopuszczeniem ich do systematycznej nauki lekarskiej w uniwersytetach, czemu ustawy przemysłowe bynajmniej się nie sprzeciwiają. W każdym jednak razie potrzeba w tej trudnej sprawie działać ostrożnie i rozważnie.

— **Konkurs.** W Radomyślu nad Sanem jest zaraz do objęcia posada lekarza miejskiego z pensyą roczną 250 złr. i dodatkami gminnemi. Pierwszeństwo mają doktorzy wszech nauk lekarskich wykazujący się przynajmniej dwuletnią praktyką. Zgłoszenia najpóźniej do 20. Sierpnia do miejscowej Zwierzchności gminnej.

— **Posady dla lekarzy.** Zarząd powiatowej kasy chorych w Jarosławiu w Galicyi ma do nadania od 1. Września r. b. trzy posady, dwie z pensyą roczną po 250 złr. i jedną z pensyą roczną 100 złr., tudzież zwrotem kosztów jazdy do chorych mieszkających w odległości większej niż kilometr od śródmieścia. Podania do 15. Sierpnia 1895.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 31. B. Grzankowski: Przypadek mimowolnego oddawania moczu z powodu atonii pęcherza moczowego, wywołanej tyłopochyleniem macicy, uleczony za pomocą pochwowego przytwierdzenia macicy (*vaginofixatio uteri*). K. Stróżewski: O histeryi symulującej organiczne choroby układu nerwowego (dok.). S. Pechkranc: Epidemia cholery azyatyckiej z r. 1894. w warszawskim szpitalu starozakonnych (statystyka i symptomatologia) (ciąg dalszy). — W *Medycynie* Nrze 31. Z. Kramsztyk: Kilka słów o drgawkach w skutek ząbkowania u dzieci. W. Sztembarth: Przypadek cięcia cesarskiego pomyślnie zakończonego dla matki i płodu. — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* Zeszycie 2-gim z roku 1895. E. W. Zieliński: O chorobie Glénarda. W. Janowski: Przyczynek do metodyki badań nad elastycznością. W. Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy łuszczycy (*psoriasis*). B. Peltyn: O pożywieniu ludności włościańskiej. — W *Zdrowiu* Zeszycie lipcowym. K. Chomski: Określenie higienicznej wartości wody do picia. J. Polak: O winie i o przemyśle winnym (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.